Aus der psychiatrischen Klinik der Charité
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. BONHOEFFER

Ungewöhnliche Psychose nach Typhus

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

WALTER NEUN
aus Berlin-Steglitz

Tag der Promotion: 10. Juli 1937

BERLIN 1937

Neuland-Druck, vorm. Druckerei Studentenwerk, Berlin N 4, Johannisstr. 1

M 174

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. SIEBECK
Referent: Geheimrat Prof. Dr. BONHOEFFER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535702_0031

Ungewöhnliche Psychose nach Typhus

Psychosen, die bei einem Allgemeinleiden, Erkrankungen innerer Organe oder bei akuten Infektionen auftreten, bezeichnet man als symptomatische Psychosen oder von der psychopathologischen Seite her betrachtet als exogene psychische Reaktionstypen. (Bonhoeffer) Die Krankheitsbilder, die bei den symptomatischen Psychosen auftreten, sind sehr verschieden. Man unterscheidet zwar drei Gruppen: die deliranten Zustände, die epileptiformen Erregungszustände und die Psychosen vom Charakter der Amentia, aber diese Gruppen treten meistens miteinander gemischt auf. Die Krankheitsbilder ähneln vielfach denen der endogenen Psychosen, bei denen nicht selten eine infektiöse oder andere exogene Erkrankung als auslösendes Moment auftritt. Daraus erklärt es sich, daß sehr oft differential-diagnostische Schwierigkeiten bestehen. Vor allem ist die Differential-Diagnose zwischen einer Infektionspsychose und einer Katatonie, mitunter auch Epilepsie wegen der Ähnlichkeit der Erscheinungen häufig schwer zu stellen. Hält die Psychose nach dem Ausheilen der eigentlichen Infektion noch wochen- oder monatelang an, oder tritt sie erst nach dem Ausheilen auf, so wird man sich zu überlegen haben, ob hier nicht die infektiöse Erkrankung eine endogene Psychose ausgelöst hat. Tritt die Psychose erst spät in der Rekonvaleszenz auf, so ist immer ihr symptomatischer Charakter zweifelhaft (Bonhoeffer).

Ich habe Gelegenheit, einen Fall von Typhuspsychose zu beschreiben, bei dem differential-diagnostisch ebenfalls verschiedene andere Erkrankungen in Frage kommen könnten.

Es handelt sich um den 23-jährigen Patienten L. M.

Aus der Familienanamnese des Pat. erfahren wir, daß seine Mutter E. M. 1926 an einer Lungentuberkulose gestorben ist und 10 Tage vor ihrem Tode eine Psychose hatte. Die Mutter war die älteste von 6 Geschwistern, hatte in der Schule gut gelernt, später einen Schneiderkursus mitgenommen und verschiedene Stellungen gehabt. 1923 wurde bei ihr eine Lungentuberkulose festgestellt und die Pat. in verschiedenen Heilstätten behandelt. Seit 1924 hatte sie nicht mehr gearbeitet. Sie war immer sehr empfindlich, liebte aber doch Gesellschaft. Sie zog von Haus

fort, weil sie sich gekränkt fühlte. In den Heilstätten hatte sie immer Differenzen und glaubte, beeinträchtigt zu sein. Anfang März 1926 war die Pat. auffallend verändert. Sie sollte wegen ihres Lungenleidens wieder in ein Krankenhaus, regte sich über ihre Angehörigen auf, schalt und wollte nicht mehr von ihrer Mutter gepflegt werden, weil sie ihr doch bloß zur Last falle. Im Krankenhaus wurde sie noch erregter. Sie riß ein Bild von der Wand und warf damit nach dem Arzt. Die Kranke wurde nun von ihren Angehörigen in eine geschlossene Anstalt gebracht. Beim Transport im Auto war sie sehr ablehnend gegen ihre Schwester und sagte wiederholt: „Geht weg, ich will mal überlegen! . . . . . Ich muß immer über etwas nachdenken.“ Schon im Krankenhaus hatte sie öfter geäußert, sie bringe ihre Gedanken nicht mehr zusammen.

Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie sehr erregt und erklärte, die Mutter sei schlecht zu ihr gewesen und habe einen eigentümlichen Blick gehabt. Die Patientin verhielt sich negativistisch und schrie.

Am nächsten Tage war sie noch verworrener und unansprechbar. Im Untersuchungszimmer sah sie den Arzt starr mit gefalteten Händen an und verharrte so lange regungslos. Später wich sie den Bewegungen der Pflegerin aus, schüttelte ticartig den Kopf und schnitt Grimassen. Auf Fragen antwortete sie zunächst gar nicht, dann nickte sie stereotyp und schüttelte den Kopf. Plötzlich sagte sie: „Sanatorium — Sanatorium — und der Mond und die Sterne, die da fehlen an dem Punkt. — Meine Mutter — mein Sohn.“ Sie schrie laut auf, wehrte sich verzweifelt beim Versuch, sie auszuziehen, verhielt sich negativistisch, strampelte und kratzte. Eine genaue körperliche Untersuchung war nicht durchführbar. Die Temperatur war normal, der Puls wenig kräftig und hatte 90 Schläge in der Minute. Die Patientin war sehr mager und blaß.

Einige Tage später geriet sie in eine schwere motorische Unruhe, war zeitweise delirant, redete viel, stieß perseveratorisch, oft lallend einzelne Silben hervor und sang zwischendurch unverständlich. Die Nahrungsaufnahme war schlecht. Wenn die Pat. bei Bewußtsein zu sein schien, war sie von einer schweren Angst und Ratlosigkeit befallen. Sie wich vor dem Arzt mit weitaufgerissenen Augen ängstlich zurück. Dieser Zustand hielt bis zu ihrem Tode an, der 8 Tage nach Aufnahme in die Anstalt erfolgte.

Die Sektion ergab eine schwere doppelseitige Phthisis pulmonum.

Wir wenden uns nun der Vorgeschichte unseres Pat. zu. An Kinderkrankheiten hat er Scharlach, Masern und Rachitis angeblich ohne Besonderheiten durchgemacht. Der Pat. besuchte die Volksschule, wurde mit 14 Jahren Kellnerlehrling und, da ihm der Beruf nicht zusagte, ging er zu einem Büchsenmacher in die Lehre, lernte sein Handwerk ordentlich und war bei seinem Meister beliebt. Er hatte Freunde, war freundlich, aber zeitweise auch verdrossen und mürrisch. Er hat wenig getrunken und 15—20 Zigaretten täglich geraucht.

Von 1930—1933 war er arbeitslos. Seine Interessen: Radiobasteln, Lesen und Radeln blieben dieselben. Er saß niemals unbeschäftigt umher, bildete sich allein in Stenographie aus und bekam 1933 eine Stellung als Büroangestellter. Er arbeitete gewissenhaft und fleißig. Seine Kollegen kamen gut mit ihm aus. Seit 3 Jahren war er verlobt.

Ende März 1934 fühlte sich der Pat. elend, er hatte häufig Kopfschmerzen und Schüttelfrost. Einige Zeit später traten auch Durchfälle und Erbrechen auf. Der Pat. legte sich ins Bett, hatte über 40 ° Fieber, war besonders nachts sehr unruhig und brauchte dauernd Pflege. Den Angehörigen fiel auf, daß der Pat., sie konnten mit ihm machen, was sie wollten, immer lachte. Es war ein gequältes Lachen, als wenn er zugleich Schmerzen hätte. Der Pat. bat sie, keinen Spaß mehr mit ihm zu machen, denn er könne nicht lachen.

Da sich sein Zustand nicht besserte, wurde der Pat. am 13. April in ein Krankenhaus gebracht. Hier war er stark benommen und sehr unruhig. Die Unruhe steigerte sich am Abend und in der Nacht. Der Pat. hatte Durchfälle, hohes Fieber und war zeitweise nicht orientiert. Die Anzahl der Leukocyten betrug 3000, die der Erythrocyten 3,68 Millionen, der Hämoglobingehalt 49 % und die Senkungsgeschwindigkeit 55 Minuten. Bei der Urinuntersuchung waren die Eiweißprobe positiv und die Zucker- und Urobilinogenproben negativ. Die Wassermann'sche Reaktion im Blut war stark positiv. Die Agglutinationsreaktion nach Gruber-Widal auf Typhus war in einer Verdünnung von 1 : 400 positiv.

In den nächsten Tagen war eine Febris continua vorhanden. Der Pat. hatte wirre Fieberträume. Einmal glaubte er, mit Engländern gekämpft und vom Führer den Pour le Mérite bekommen zu haben. Am nächsten Tage erzählte er seinen Angehörigen, der Bericht mit den Engländern stimme nicht. Als sie ihn fragten, ob er etwas in der Zeitung gelesen hätte, sagte er: „Nein, ich war doch selber dabei."

Am 5. Mai sank das Fieber, der Zustand des Pat. besserte sich und zeigte in den kommenden Wochen keine Besonderheiten.

Anfang Juni benahm sich der Pat. auffallend läppisch, ging trotz Verbot in den Garten und bettelte Personal und seine Mitpatienten um Geld und Zigaretten an. Er verschaffte sich unerlaubterweise Lebensmittel, indem er den Stationsschrank durchsuchte. Zeitweilig war er völlig verwirrt, so glaubte er, schon ein Jahr verheiratet zu sein, und trug seinen Verlobungsring auf der rechten Hand. Ein anderes Mal war der Wärter ungehalten, weil der Pat., obwohl er schon lange fieberfrei war, sein Bett beschmutzt hatte. Der Pat. sagte darauf seinen Angehörigen: „Ich liege mitten in der Feuerlinie mit Kameraden. Dann kommt der dumme Wärter und sagt, ich solle klingeln. Die Kameraden und ich waren wütend. Wenn ich klingle, ist es schon zu spät, das Bett ist dann bereits schmutzig." Zu seiner Braut sagte er einmal: „Bist du denn Käthe oder nur ein Bild? Wenn du da warst und wieder weggehst, muß ich erst überlegen, ob du wirklich da warst." Ein anderes Mal warf er ein Weinglas an die Wand, um festzustellen, ob es keine Erscheinung sei. Wiederholt kam es zu heftigen Auseinandersetzungen mit den Ärzten. Der Pat. weigerte sich, seine Lues behandeln zu lassen, auf Zureden geriet er in Erregungszustände und beruhigte sich erst, als er entlassen wurde.

Zu Hause war er sehr unruhig und machte in seinem Zimmer das Licht oft sinnlos an und aus. Er besuchte seine Braut und sagte, es komme ihm in der Wohnung alles so sonderbar vor, warum sie denn eine Möbelhandlung hätten. Ohne irgend einen Grund zu haben, warf er eine Teepuppe an die Wand. Zu Hause betrachtete er alle Gegenstände genau, war zu seinen Verwandten sehr mißtrauisch und sagte ihnen, er müsse sie immer wieder ansehen, ob sie es wirklich und keine Erscheinungen wären. Unter einem Vorwand wird er am 19. Juni von seinen Angehörigen in die Klinik gebracht.

Status.

Großer Mann in etwas reduziertem Ernährungszustand. Unterhautfettgewebe atrophisch. Muskulatur schwach. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet.
Cor: etwas nach links und rechts verbreitert,
Aktion beschleunigt, regelmäßig.
R./R. 155/80.

Pulmo, Abdomen, Kopf und Hals: o. B.

Pupillen: mittelweit, rund, rechts - links.
Reaktionen auf Licht und Convergenz, rechts - links.
Augenbewegungen frei, rechts - links
kein Nystagmus.

N. V.: rechts - links, motorisch und sensibel o. B.

N. VII: Seitengleich innerviert.

N. VIII: Gehör für Flüstersprache beiderseits gut.

N. IX, X, XII: Zunge wird gerade herausgestreckt.
Gaumensegel symmetrisch gehoben.

Arme: Trophik: keine Seitendifferenz.
Tonus: etwas unter mittelstark.
Grobe Kraft: gut, rechts - links
R. P. R. } sehr lebhaft rechts - links
Tr. S. R. }
Oberflächensensibilität und Bewegungsempfinden ist ungestört.

Beine: Trophik: rechts - links
Tonus: etwas unter mittelstark
Grobe Kraft: gut, rechts - links
P. S. R. } sehr lebhaft rechts - links
A. S. R. }
Keine Ataxie, Hyperästhesie gegen Kälte am Rumpf.
Babinski: beiderseits suspect
Rossolimo: positiv, besonders links
Oppenheim } negativ
Gordon }
Bauchdeckenreflex: positiv rechts - links
Cremaster: positiv
Gang: o. B.
Romberg: negativ
Bei der Berührung der Fußsohlen ist der Pat. sehr empfindlich und macht Abwehrbewegungen.

Blutuntersuchung:
Wassermannsche Reaktion: +++
Kahn Reaktion: +++
Meinicke-Kahn Reaktion: ++++
Meinicke-Mikroben Flockungs-Reaktion: +

Liquoruntersuchung:
Globulin-Reaktion: leichte Trübung

Gesamt-Eiweiß: $^{5}/_{12}$ pr. mill.
Wassermannsche Reaktion: negativ
Kahn-Reaktion: negativ
Meinicke-Kahn Reaktion: negativ
Sediment: Rundzellen nicht vermehrt
Die Goldsol- und Normomastixkurven weisen eine Lueszacke auf.

Bei seiner Aufnahme, gegen die er sich sehr sträubte, kam dem Pat. alles sehr sonderbar vor.

Am nächsten Abend bat der Pat. den Oberarzt, ihn außerhalb des Saales sprechen zu dürfen. Er sagte dann nichts weiter, als die Patienten kämen ihm sonderbar vor, und er möchte hinaus. Nach diesen Worten wurde er durch vorübergehende Patienten und Pfleger abgelenkt und machte einen zerstreuten Eindruck. Als der Oberarzt schon weggegangen war, kam ihm der Pat. noch nachgelaufen und sagte, jetzt kenne er ihn ganz genau. Er sei schon immer von ihm behandelt worden, auch die anderen Patienten seien ihm bekannt. Am nächsten Tage sagte er bei der Visite, wenn es nicht wahr sei, daß er die Leute hier von früher her kenne, dann sei er eben verrückt.

Einige Tage später war er in einer gedrückten Stimmung, bekam Tränen in die Augen und sagte, er wüßte, daß er was im Kopf habe oder gehabt habe, aber nicht was es sei, er habe nur etwas von einem Typhus gehört.

Er wurde dann plötzlich erregt und rief, man mache hier Experimente mit ihm, die man nur in einer Nervenklinik mache. Auch die Artikel in der Zeitung seien alle Unsinn. Da stände: „Flugzeug fährt in Menschenmenge", da müßten die Menschen ja alle in der Luft sein.

Er mißdeutete alles auf der Station: sein Bett schien ihm verändert, ein Fleck auf seinem Kissen störte ihn und brachte ihn auf abwegige Beziehungsideen. Er wurde so unruhig, daß er verlegt werden mußte, kniff die Augen zu und verhielt sich negativistisch. Die Nahrungsaufnahme war gut.

Auf der unruhigen Abteilung sagte er einmal bei der Visite auf die Begrüßung „Guten Morgen": „Es ist doch schon lange Morgen. Als ich aufwachte, lag ich dort in der Ecke, und Sie selbst drehten mir den Rücken zu." Der Pat. sah starr vor sich hin, fing an zu weinen und schluchzte leise: „Ich bin gar kein Mensch. Was in dem Buch stand, ist richtig. Ich bin ein Idiot."

Eines Tages hielt er im Bett liegend beide Arme parallel in 45° rechts zur Seite gedreht. Als er gefragt wurde, warum er

das tue, sagte er, er verstehe nichts mehr und sei eben verrückt. Der Pat. war dauernd mit Erinnerungsbildern beschäftigt. Er wies rechts und links neben sich:

„Lenchen — — ich Else — — und uns gegenüber an dem großen Tisch — — und Lenchen ging hinaus." Er zeigte wieder neben sich: „Hermann Müller ist — — der — — das fällt mir später wieder ein — — und drüben stand das Auto." Der Pat. wunderte sich, was eigentlich mit ihm los sei, war dauernd mißgelaunt und zu einer Beteiligung am Gespräch schwer zu bekommen. Gelegentlich hatte er akustische Halluzinationen oder Illusionen. Zeitliche und örtliche Orientierung waren vorhanden.

Ende Juli wurde der Pat. ruhiger, bat den Arzt, ihn allein sprechen zu dürfen, konnte sich an die Vorgänge bei seiner Aufnahme nicht mehr erinnern und versank leicht ins Dösen. Er war ansprechbarer als früher, schloß aber nach kurzer Zeit die Augen wieder.

Der Pat. ging oft tagsüber im Saal versunken umher, machte sich selbst Vorwürfe über sein Leben und glaubte, seine Verwandten schlecht behandelt zu haben. Über seine Lues machte er sich Gedanken und wußte nicht, wo er sich infiziert haben könnte. Mitte August wurde der Pat. wieder unruhiger, fiel aus dem Bett, verletzte sich die Stirn und mußte auf die unruhige Abteilung gelegt werden. Dort schlief er nachts schlecht und saß tagsüber oft mit ratlosem, staunendem Gesicht im Bett.

Ende September hatte er innerhalb weniger Tage ein ausführliches Tagebuch geschrieben, zweifellos aus dem Bedürfnis heraus, sich über seine Krankheitsgeschichte Rechenschaft zu geben:

Er schilderte, wie er Anfang April zu Beginn seiner Erkrankung eine Geburtstagsfeier mitgemacht habe, erinnert sich an die Besorgungen, die er mit seiner Braut gemacht habe, aber an den Verlauf des Tages selbst nicht. Er fühlte sich schon damals sehr elend, hatte hohes Fieber, Durchfälle und Schüttelfrost gehabt.

Trotz sehr hohen Fiebers habe er sich eines Abends vollständig angezogen und wollte fortgehen. Seine Schwester hinderte ihn daran und sorgte dafür, daß er in ein Krankenhaus gebracht wurde. Er kann sich an Einzelheiten bei der Aufnahme und an einige „Phantasien und Träume", die er im Krankenhaus gehabt hat, gut erinnern: „Ich wähnte mich einmal im Metropol-Theater und hatte Durchfall. Ein toller Traum, nichts

weiter als Sorgen um Toilettenfragen. — Einmal hatte ich mein Bett beschmutzt und Scheu, so oft zu klingeln. Ich hatte mich einfach auf das nebenstehende Bett gelegt, und zwar splitternackt, weil auch das Hemd naß war.

Wann ich eigentlich so weit war, daß ich im Krankenhaus und Garten spazieren gehen konnte, weiß ich nicht. Ich kann mich an Auseinandersetzungen mit den Ärzten erinnern, mußte unterschreiben, daß ich gegen ihren Rat das Krankenhaus verließ, und glaube jetzt, daß ich wohl tatsächlich nur die Krankenhauspsychose gehabt habe.

Ob ich mich zu Haus richtig oder falsch verhalten habe, weiß ich nicht, ich denke jedenfalls, auf eine wenig feine Art. Vielleicht hatte man tatsächlich geglaubt, ich sei wahnsinnig. Ich selbst hatte es ja auch geglaubt, als ich das Glas an die Wand warf.

Hier in der Charité habe ich mich gegen die Aufnahme gewehrt. Es geht hier etwas Geheimnisvolles vor. Für Herrn Dr. Z. im besonderen, ich weiß nicht, zu was für einen Zweck ich hier bin. Es ist hier aber eine Krankheit über mich gekommen, die ich nicht wieder los werde. Das ist meine große, reine und unschuldige Liebe zu Frau J. — Warum ich das erste Mal nach der lauten Abteilung kam, weiß ich nicht. Ich hatte sehr viel phantasiert und muß einen Versöhnungsfimmel gehabt haben. Ging ich nicht von Bett zu Bett und gab schöne Händchen? Im Saal der Idioten von Gottes Gnaden habe ich, das kann mir keiner ausreden, rumballetiert wie Niddy Impekoven. Ich glaubte tatsächlich, ich wäre eine Primaballerina. Als ich in Rückerinnerung an das Krankenhaus wieder ein Glas an die Wand warf, wurde ich zum zweiten Male in die laute Abteilung gebracht. Ich hatte Wahnvorstellungen, daß ich die Denkmäler in der Siegesallee personifizieren könne, und zog mir das Hemd aus, um Friedrich den Großen u. a. lebendig machen zu können. Ich dachte an Blutschande und glaubte, meine Halbschwester zu sein. Wo der Anfang von meinem Wahnsinn war, weiß ich nicht."

Das ganze Tagebuch machte einen ungeordneten Eindruck. Es ging aber klar aus ihm hervor, daß dem Pat. noch manches eigenartig vorkam und daß er von den pathologischen Erlebnissen der vorhergehenden Zeit begann Abstand zu gewinnen. Er schilderte recht eingehend die Phantasien, die er während seiner Krankheit gehabt hatte, und zwischendurch Begebenheiten aus seinem früheren Leben und Mädchenbekanntschaften. Er las ein Buch und bezog manches auf sich.

Ende Oktober war er zum ersten Mal richtig klar. Schon in den letzten Wochen vorher beschäftigte er sich ruhig für sich. „Daß hier Dinge mit mir gemacht würden, habe ich mir nur eingebildet.“ An einige Vorgänge während der Krankheit, z. B. an den Aufenthalt im Stubenrauch-Krankenhaus, und was dann zu Hause war, konnte er sich nur unklar erinnern. Er berichtete aber ganz gut über seine letzten Erlebnisse und wußte von den eigenartigen Haltungen, die er eingenommen hatte. Er glaubte, in einer Kaschemme zu sein und sich gegen Verbrecher verteidigen zu müssen, habe deswegen im Saal gestanden und die Bewegung des Schießens gemacht. Zeitweise war er der Überzeugung, unter Kommunisten zu sein, habe stundenlang mit erhobenem Arm im Saale gestanden und wollte die Kommunisten zum Nationalsozialismus bekehren. Er wollte seine Braut nicht heiraten, dachte, er könne dazu gezwungen werden, wollte sich dann lieber erschießen lassen und stand lange Zeit im Garten an der Wand.

Pat. wurde am 3. 11. als geheilt entlassen und zum 21. 12. noch einmal bestellt. Die neurologische Nachuntersuchung ergab keine Anzeichen für eine Prymidenbahnschädigung. Pat. fühlte sich vollkommen gesund, ging mit großem Eifer seinem Berufe nach und erzählte, daß er kurze Zeit nach seiner Entlassung noch abends Stimmen gehört habe, aber diese Erscheinung habe jetzt auch aufgehört. Die Wassermannsche Reaktion im Blut war noch stark positiv.

Der Pat. hat einen Typhus mit ganz typischen Symptomen durchgemacht. Wir erkennen deutlich im Verlaufe seiner Krankheit das Prodromalstadium, das Stadium incrementi, die Continua und die Defervescenz. Schon während des Prodromalstadiums beginnt eine Psychose aufzutreten. Der Pat. ist leicht manisch erregt, weiß, wo er sich befindet, und ist reizbar. Auffällig ist das Lachen, das für den Pat. anstrengend, ungewollt war und als eine Affektausdruckstörung zu deuten ist. Diese Psychose, die vielleicht ein Beweis für die Schwere der Erkrankung ist, geht in eine tiefe Benommenheit über, wie sie in der Continua gewöhnlich vorhanden ist. Der Pat. hat traumhafte Erlebnisse, ist sehr unruhig, nicht orientiert und bietet ein Bild, wie wir es vom Fieberdelir her kennen. In den nächsten Wochen tritt die Psychose des Pat. nicht hervor. An seinem Verhalten ist nichts Besonderes zu erkennen.

Nach 5 Wochen zeigt der Pat. plötzlich ein auffallend läppisches Benehmen, ist zeitweise unruhig und unorientiert. Er ist äußerst reizbar und hat starke Erregungszustände. Er sieht ein Glas vor sich stehen, das er vorher nicht gesehen hatte. Benommene Kranke sind in ihrer Aufmerksamkeit gestört und nehmen oft Dinge um sich herum nicht wahr. Wenn diese Dinge ihnen dann plötzlich ins Bewußtsein treten, glauben sie an irgend einen geheimnisvollen Vorgang und reagieren in ihrem auftauchenden Angstgefühl erregt auf die unheimliche Situation. Der Pat. glaubte, vorher das Glas nicht gesehen zu haben, und um sich zu überzeugen, ob es wirklich ein Glas ist, warf er es an die Wand.

Als der Pat. nach Hause kam, glaubte er, die Wohnung habe sich verändert, hatte Angst, daß irgend etwas mit ihm los sei, und fürchtete, geisteskrank zu werden.

Nach zwei Tagen wird er unter einem Vorwand in die Klinik gebracht. Auch hier kommt ihm vieles sonderbar vor. Den Oberarzt und seine Mitpatienten glaubt er, von früher her zu kennen. Es handelt sich hierbei um das Déjà-vu Erlebnis. Nach 14 Tagen kommt es scheinbar zu einem Abklingen der Psychose. Der Pat. kann sich schlecht an die Vorgänge während der Krankheit erinnern. Die Besserung ist nur vorübergehend, denn schon einige Tage später gerät der Pat. in eine niedergedrückte Stimmung, ist zugleich sehr unruhig und zeigt ein eigentümliches motorisches Verhalten: er kneift die Augen zu und verhüllt sich negativistisch. Es kommt zu Selbstvorwürfen, gelegentlich zu Halluzinationen und Illusionen. Zeitliche und örtliche Orientierung ist im allgemeinen vorhanden. Auffallend sind die psycho-motorischen-katatonischen Symptome, die der Pat. zeigt. Er stand z. B. stundenlang mit erhobenem Arm im Saal oder ging im Paradeschritt.

Allmählich klingt die Psychose ab. Die Verworrenheit und Ratlosigkeit bleiben noch einige Zeit bestehen, nachdem schon die Unbesinnlichkeit und die traumhaften Erlebnisse aufgehört haben. Nach 5 Monaten wird der Pat. entlassen. Seine Psychose ist vollkommen ausgeheilt. Die Merkfähigkeit und das Gedächtnis sind in keiner Weise beeinträchtigt. Der Pat. hat keine Sinnestäuschung oder Denkstörung mehr und verrichtet seine Berufsarbeit genau so gut wie vor der Erkrankung.

Nach der ganzen Entwicklung besteht kein Zweifel, daß es sich bei dem Pat. um eine durch Typhus hervorgerufene Psychose handelt, die wir in zwei Abschnitte einteilen können.

Wir haben es zuerst mit einer typischen Psychose des Fieberdeliriums zu tun. Es ist auch in unserem Falle möglich, die von Liebermeister angeführten drei Stadien zu erkennen:

1. Das Stadium der prodromalen Hirnerscheinungen: Der Pat. klagt über Kopfschmerzen, ist psychisch reizbar und befindet sich in einer leicht manischen Stimmung. Die Orientierung ist vorhanden.
2. Die delirante Phase: Der Pat. hat traumhafte Erlebnisse, Halluzinationen und Illusionen. Er ist unruhig und nicht orientiert.
3. Das Stadium der schweren Erregbarkeit: Die motorische Unruhe des Pat. steigert sich.

Charakteristisch ist ferner, daß sich abends und nachts die Symptome der drei Stadien steigern.

Dieser Abschnitt der Psychose klingt ab, und nach der Defervescenz beginnt der andere. Es handelt sich nun um eine Psychose vom Charakter der Amentia mit epileptiformer Erregung und halluzinatorischen und psycho-motorisch-katatonischen Symptomen. Das Bewußtsein ist getrübt, und zeitweise befindet sich der Pat. in einem Dämmerzustand. Nach einer Dauer von 5 Monaten ist der Pat. vollkommen wiederhergestellt. Er kann sich nur unklar an die Vorgänge während der Krankheit erinnern, eine Tatsache, die als differential-diagnostisches Argument gegenüber der Schizophrenie, wo Gedächtnisstörungen dieser Art ungewöhnlich sind, von Wichtigkeit ist. Die Körpergewichtskurve ist ebenfalls charakteristisch. Nach dem Aufhören der Psychose des Fieberdeliriums kam es zu einem Ansteigen des Körpergewichtes, das aber sofort nach dem erneuten Einsetzen der Psychose abfiel. Die Wiederherstellung des früheren Körpergewichtes zeigt auch den Abschluß des Krankheitsvorganges an.

Bei der ungewöhnlich langen Dauer der Psychose muß man sich aber doch fragen, ob es sich hier um eine einfache Typhus-Psychose gehandelt und nicht ein anderer Prozeß mitgespielt hat. Bei der Blutuntersuchung waren alle Reaktionen auf Lues stark positiv, und es besteht kein Zweifel, daß der Pat. eine Lues hat. Die Liquoruntersuchung ergab eine Vermehrung des Eiweißes, eine Zacke in der Goldsol- und Normomastixreaktion und keine Vermehrung der Zellen. Wassermann, Kahn und Meinicke sind negativ. Die Beschaffenheit des Liquor spricht nicht unbedingt für eine luische Erkrankung. Die Zacke in der Goldsol- und Normomastixreaktion tritt auch bei anderen Prozessen gelegentlich auf. Das ganze Bild der

Psychose sprach weder für eine luische Psychose noch für eine beginnende Paralyse. Die Lues ist behandelt worden. Die Wassermannsche Reaktion im Blut war nach der Behandlung aber noch stark positiv. Inwieweit die Lues einen Einfluß auf die Psychose gehabt hat, ist schwer zu entscheiden, als Ursache kommt sie wohl sicherlich nicht in Frage.

Die körperliche Untersuchung hinsichtlich der inneren Organe war ohne jeden spezifischen Befund. Die Reflexe waren lebhaft und ohne sichere Seitendifferenzen. Beim Bestreichen der Fußsohlen kam es zu einer raschen Dorsalflexion der großen Zehen. An beiden Füßen bestanden ein deutlicher Rossolimo- und Fußrückenreflex. Alle drei Reflexe weisen auf eine Pyramidenbahnläsion hin. Daß es sich hierbei um Residuen eines alten luischen Prozesses handelt, der bei dem Pat. während seines Typhus aufflackerte, ist in Erwägung zu ziehen. Die neurologische Nachuntersuchung ergab keine pathologischen Reflexe mehr. Pyramidensymptome kommen auch bei Typhus vor. Stertz weist sogar darauf hin, daß nach seinen Erfahrungen Schädigungen des Rückenmarkes viel häufiger seien als solche des Gehirns, insbesondere seien auch hier, wie bei den meisten nicht systematischen Erkrankungen des Rückenmarkes, mit Vorliebe Zeichen leichter Pyramidenläsion nachweisbar.

Man könnte ferner an eine Schizophrenie denken, die durch den Typhus ausgelöst worden ist, aber die vollkommene Restitution, die volle Krankheitseinsicht und die schlechte Rückerinnerung an Vorgänge während der Krankheit sprechen dagegen. Auch wäre das Zustandsbild, das wir bei unserem Pat. zu sehen bekamen, für eine Schizophrenie ungewöhnlich, insofern als eigentlich dauernd auch während der schwersten psychischen Störung ein gewisses Krankheitsgefühl erhalten blieb. So werden bei der Schizophrenie Illusionen ohne weiteres als Realität hingenommen. Nach dem Abklingen der Psychose waren keine Ausfallserscheinungen, Schwächezustände oder eine Umwandlung der Persönlichkeit vorhanden, wie es gewöhnlich bei der Schizophrenie der Fall ist.

Aus der Familiengeschichte des Pat. erfahren wir, daß seine Mutter an Lungentuberkulose gestorben ist und kurz vor ihrem Tode eine Psychose gehabt hat. Verschiedene Autoren wiesen schon darauf hin, daß die persönliche Veranlagung des Pat. einen Einfluß auf die Psychose hat, und daß Infektionspsychosen gelegentlich familiär auftreten. In unserem Falle kennen wir den Verlauf der Psychose der Mutter, und es ist nicht schwer, eine gewisse Übereinstimmung festzustellen. Auch bei der Mutter

handelte es sich um eine Psychose vom Charakter der Amentia mit psycho-motorisch-katatonischen Symptomen. Im Vordergrund standen aber die epileptiformen Erregungszustände, nach denen eine stuporöse Phase auftrat. Charakteristisch war in diesem Zustand auch die ängstliche Erregung, in der sich zeitweise die Pat. befand.

Die Reizbarkeit, das ganz auf das eigene Leiden Eingestelltsein, die Überempfindlichkeit und das Sichzurückgesetztfühlen, die im Spätstadium der Lungentuberkulose auftraten, sind als Initialstadium der Psychose anzusehen. Die Psychosen der fortgeschrittenen Lungentuberkulosen zeigen immer amentiaartigen Charakter mit überwiegend euphorischem Einschlag. Während in der Jugend bei der miliaren Aussaat der Tuberkulose mehr die meningiale Form bevorzugt wird, kommt es im Alter zu einer „typhoiden" Verlaufsform (Bumke). Einen spezifisch tuberkulösen Charakter der Psychose gibt es ebenso wenig wie einen spezifisch typhösen.

Man wird sich zu überlegen haben, woran es liegt, daß ein Patient einen schweren Typhus übersteht, ohne daß es zu einer Miterkrankung des Gehirns kommt, während ein Anderer eine monatelang andauernde Psychose bekommt. Die Erfahrung lehrt, daß Typhus die Infektionskrankheit ist, bei der es am häufigsten zu symptomatischen Psychosen kommt, wenn es auch nur bei 8—9 % aller Typhusfälle zu ausgesprochen psychischen Störungen kommen soll (K e h r e r). Schon der Name „Typhus" (Umnebelung der Sinne) weist ja darauf hin, daß wir es bei dieser Krankheit mit einer Beteiligung der Psyche zu tun haben. Trotzdem wird man in Betracht zu ziehen haben, ob nicht Vererbung und Konstitution auch hier eine Rolle spielen.

Wir können in unserem Falle nicht entscheiden, ob die Anlage zur Infektionspsychose, die ja ohne Zweifel vorhanden ist, die Psychose verursacht hat, oder ob es die besondere Überschüttung mit Toxinen gewesen ist. Weil immer nur ein relativ kleiner Prozentsatz von Infizierten psychotisch wird, nimmt Kleist an, daß es zum Ausbruch einer symptomatischen Psychose einer „symptomatischen Labilität", d. h. einer besonderen Veranlagung bedarf.

Die differential-diagnostischen Schwierigkeiten, die unser Fall geboten hat, sind nicht gering gewesen, einerseits, weil neben dem Typhus eine sichere Luesinfektion vorlag, andererseits wegen des verhältnismäßig späten Auftretens des zweiten Schubes der Psychose, was immer den Verdacht der Auslösung einer endogenen Erkrankung erweckt.

Die Klärung dieser differential-diagnostischen Fragen bedeutet nicht lediglich eine interessante theoretische Angelegenheit, sie hat auch nicht nur eine große prognostische Bedeutung wegen der Frage der Wiedererkrankung, sondern sie ist unmittelbar praktisch wichtig im Hinblick auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Eine genaue Kenntnis der symptomatischen Psychosen und ihre Abtrennung von den endogenen gehört heute zu dem, was der Arzt wissen muß.

BENUTZTE LITERATUR:

Bonhoeffer: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen.

Friedländer: Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem.

Stertz: Typhus und Nervensystem.

Kraepelin und Lange: Psychiatrie.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie.

Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.

Bonhoeffer: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

LEBENSLAUF.

Am 30. Mai 1911 wurde ich in Berlin-Steglitz als Sohn des jetzigen Postrats Willy Neun geboren. Von Ostern 1917 bis Oktober 1921 besuchte ich die Städtische Vorschule und das Realgymnasium zu Potsdam und dann bis zu meinem Abiturium Michaelis 1930 das Realgymnasium zu Berlin-Pankow.

Vom W.-S. 1930/31 bis zum W.-S. 1935/36 habe ich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin Medizin studiert und am 27. Mai 1936 in Berlin mein Staatsexamen mit „gut" bestanden. Vom 15. Juni 1936 bis zum 14. Juni 1937 war ich am Krankenhaus und Gesundheitsamt Berlin-Pankow als Medizinalpraktikant tätig und habe am 15. Juni 1937 meine Bestallung als Arzt erhalten. Ich bin seit dem 16. Juni 1937 Fürsorgearzt am Gesundheitsamt Berlin-Reinickendorf.

Seit dem 1. Januar 1930 bin ich Mitglied der H.J. (N.S.S.) und seit dem 1. Januar 1931 Mitglied der NSDAP., Ortsgruppe Pankow.